

JAS هوية

رقم القضية

هوية العميل



خطة المسؤولية الفردية (IRP)
INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)
خطة المسؤولية الفردية اعمل أولاً (WorkFirst) لصالح

أنا أفهم النقاط التالية:

- أنا مطالب بالعمل أو البحث عن عمل أو الاستعداد للعمل.
- أنا ملزم بتنفيذ الأنشطة المطلوبة، وفي حالة عدم إيفائي لهذا الالتزام، سوف أتلقى عقوبة إلا في حالة تمكني من إثبات عذر مقنع لذلك. ويسمى هذا الوضع التواجد في حالة عقوبة اعمل أولاً (WorkFirst). في حالة معاقبتي، فهذا يعني ما يلي:
 - سوف يتم تخفيض منحتي بمقدار 40% أو بما يوازي نصيب فرد واحد، أيهما أكبر.
 - يلزم عليّ إتباع خطة المسؤولية الفردية (IRP) الخاصة بي لمدة أربعة أسابيع متتالية لرفع العقوبة عني.
 - فور قيامي بتنفيذ المطلوب من جانبي لمدة أربعة أسابيع متتالية، سوف يتم رفع العقوبة الموقعة عليّ بدءاً من أول الشهر التالي للأربعة أسابيع التي شاركت خلالها.
 - سوف تقوم لجنة مراجعة العقوبات بمراجعة حالتي أ وقد تقوم بإغلاقها إذا استمرت معاقبتي لمدة أربعة أشهر متتالية
 - إذا ما قررت لجنة مراجعة العقوبات إغلاق حالتي، فسوف أحتاج إلى إعادة التقدم بطلب الاشتراك والمشاركة لمدة أربعة أسابيع متتالية قبل أن أتمكن من تلقي منحتي المالية.
 - إذا تم إغلاق قضيتي ثلاث (3) مرات أو أكثر، فقد أكون غير مؤهل بصورة دائمة للحصول على TANF/SFA.
 - تم إغلاق قضيتي _____ مرة نظراً لفرض عقوبة WorkFirst منذ 1 مارس 2007.
- يلزم عليّ التعاون مع قسم دعم الطفل أثناء تلقيّ لإعانات المساعدات المؤقتة للعائلات الفقيرة/مساعدة أسر الولاية (TANF/SFA)، إلا إن كان لديّ سبباً مقنعاً يمنعني من التعاون معهم. إن النجاح في تحصيل دعم الطفل قد يساعدني على التخلص من حاجتي إلى المساعدات النقدية.
- يمكنني الحصول على إعانات المساعدات المؤقتة للعائلات الفقيرة/مساعدة أسر الولاية (TANF/SFA) لمدة 60 شهراً فقط على مدار حياتي إلا إذا كنت مؤهلاً للحصول عليها لفترة أطول.
- لقد استخدمت _____ شهراً من الإعانات النقدية.
- أنا مطالب بالعمل أو البحث عن عمل أو الاستعداد للعمل. في حالة عدم تمكني من حضور أحد الأنشطة المجدولة، فسوف أتصل بالشخص المسئول في الرقم الوارد أدناه.
- يلزم عليّ تنفيذ الأنشطة التالية للفترة المحددة أدناه أسبوعياً.

FT - العمل بدوام كلي لمدة 32 ساعة أو أكثر

أوافق على بقائي في العمل لدوام كامل لمدة _____ ساعة خلال الأسبوع مع صاحب العمل الذي أعمل لديه في الوقت الحالي. وفي حالة الحاجة إلى خدمات أو وسائل دعم إضافية لأجل البقاء في عملي، سأقوم بالاتصال بمدير الحالة الخاص بي وأوضح له ما أحتاجه للحفاظ على وظيفتي.

كما أنني أحصل على رعاية طفل كافية وقد تمت مخاطبة قطاع النقل بذلك.

وسأقوم أنا ومدير الحالة الخاص بي بمراجعة خطة المسؤولية الفردية مرة أخرى قبل _____.

التاريخ

توقيعي

DATE

CASE MANAGER'S SIGNATURE

هوية العميل	رقم الحالة	هوية JAS	
<p>إذا كانت هناك أسباب وجيهة تحول بيني وبين تنفيذ الخطة المقررة لي، فيلزم علي الاتصال بأخصائي برنامج اعمل أولاً/موظف الشؤون الاجتماعية والتعاون معه على وجه السرعة. فيما يلي بعض الأسباب المقبولة لعدم الالتزام بالخطة:</p> <ul style="list-style-type: none"> تغيبت عن حضور أحد المواعيد نتيجة لمرض أو فشل غير متوقع في توفير رعاية طفل أو وسيلة انتقال. كنت أواجه حالة طارئة (بدنية أو عقلية أو نفسية) كنت ضحية لحادث عنف أسري لا أستطيع العثور على رعاية طفل ملائمة وبسرعة مناسبة في منطقة سكني للأطفال دون سن الثالثة عشر. أواجه مشكلة قانونية في الوقت الراهن أعاني من إعاقة أو حالات معينة، وهو ما منعي من الالتزام بمتطلبات البرنامج، أو أنا شخص بالغ أعاني من حالة إعاقة حادة ومزمنة؛ يلزم تواجدي في المنزل لرعاية طفل له احتياجات خاصة أو رعاية شخص بالغ آخر يعاني من حالة إعاقة. أنا في سن الخامسة والخمسين أو أكبر وأتولى رعاية طفل مع عدم كوني والد/والدة/والد الطفل؛ أو أنا متقدمة بطلب للحصول على الدخل التأميني التكميلي (SSI) مع أحد موجهي قسم الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS). <p>في حال عدم موافقتي على هذه الخطة، فمن حقي المطالبة بمراجعة حالتي و/أو عقد جلسة استماع. للمطالبة بعقد جلسة استماع، يلزم علي الاتصال بمكتب الخدمات المجتمعية أو مكتب جلسات الاستماع الإدارية على العنوان التالي: DSHS, PO Box 42488, Olympia WA، أو على هاتف رقم 98504-2488، (Community Services Office or the Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488) وذلك خلال فترة لا تتجاوز 90 يوماً من تاريخ توقيع مدير حالتي أدناه. لقد تم منحي نسخة من خطة المسؤولية الفردية.</p>			
التاريخ	توقيعي	DATE	CASE MANAGER'S SIGNATURE
متطلبات سرية			
<p>قد أتمكن من الحصول على خدمات دعم لمساعدتي على التقدم في عملي أو الحفاظ على عملي أو القبول في عمل جديد أو النجاح في البحث عن عمل أو الالتزام بالخطة الموضوعي لي. في حال عدم موافقتي على أحد القارات الخاصة بخدمات الدعم المقدمة لي، يحق لي المطالبة بمراجعة حالتي و/أو عقد جلسة استماع. سوف أطلب المساعدة من أخصائي برنامج اعمل أولاً/موظف الشؤون الاجتماعية في حال حاجتي إلى خدمات دعم مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> إصلاح سيارة حفاضات إصلاح سيارة شراء ملابس نفقات تعليمية شراء ملابس استشارة مستلزمات الصحة الشخصية استشارة رخصة/رسوم قص الشعر شراء ملابس تذاكر الحافلات استشارة <p>أثناء قضائي فترة عقوبة، لا يمكنني الحصول على أي من خدمات الدعم (مثل الحصول على أموال لشراء ملابس العمل أو للمواصلات) إلا بعد بدء إتباع خطة المسؤولية الفردية (IRP) الخاصة بي.</p> <p>أنا أعني جيداً إنه في حالة رفضي التعاون مع قسم دعم الطفل (DCS) دون إبداء سبباً وجيهاً لذلك، فقد يتم خفض المنحة المقررة لي. تتضمن الأسباب المقبولة لذلك السلوك وجود تهديداً بإيذاء أطفال أو إيذائي. أنا أدرك إنه أثناء حصولي على إعانة المساعدة المؤقتة للأسر الفقيرة (TANF)، سوف يتم احتجاز أي مبالغ لدعم الطفل يتم تحصيلها لسداد مستحقات الولاية.</p> <p>عند توقيفي عن الحصول على المساعدة المؤقتة للأسر الفقيرة TANF/SFA، سوف يقوم قسم دعم الطفل بتحصيل مبالغ دعم الطفل (DCS) وإرسالها إلي، إلا في حالة مطالبتي لهم بعدم القيام بذلك. كما إنني أفهم جيداً كل ما هو يتعلق بخدمات الدعم والعقوبات ودعم الطفل.</p>			
التاريخ	توقيعي	DATE	CASE MANAGER'S SIGNATURE